FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Janvier 1910, à 1 heure

PAR

Georges BURCKER
Né à Paris, le 15 Décembre 1887

DE LA

VASO-VÉSICULECTOMIE

PAR

VOIE INGUINALE

Président : M. QUÉNU, *professeur*

Juges : MM. ALB. ROBIN, *professeur*
CHAUFFARD, *professeur*
LECÈNE, *agrégé*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE, Editeur
15, Rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS.	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LORTER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stagé

OULMONT, 1897-1898

QUÉNU, 1900-1901

Externat

CHEVALIER (*in memoriam*), 1901-1902

RIEFFEL — —

RICHELOT-MORESKIN 1902-1903

BRÜHL, 1903-1904

Internat

SÉGLAS, 1904-1905

FÉRÉ (*in memoriam*), 1905-1906

VILLEMIN, 1906-1907

LAUNAY —

CHAPUT, 1907-1908

— 1908-1909

BAUDET

De la Vaso-Vésiculectomie par Voie inguinale

« La vésiculectomie est une opération légitime qui mérite d'entrer dans la pratique d'une façon plus courante qu'elle n'y est entrée jusqu'à présent. Elle débarrassera l'organisme d'un foyer toujours dangereux pour l'état général, menaçant par les progrès de son évolution, par l'inoculation possible des voies urinaires et des voies génitales de l'autre côté, et cela sans faire courir au malade des dangers disproportionnés avec la gravité de l'opération. Les résultats de l'opération bien pratiquée et bien réglée sont très bons dans l'immense majorité. » Telle est la conclusion de M. Marion dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* du 3 novembre 1909.

Sans être entrée dans la pratique chirurgicale courante, la vésiculectomie s'est pratiquée un nombre assez considérable de fois, et de nombreuses voies ont été imaginées par les auteurs pour attaquer la vésicule:

1° La méthode périnéale semble avoir rallié un grand nombre de partisans : Ulmann, Roux, Weir,

Schede, Guelliot, Chavaney, Moulin, Walker, Hutchinson, Hogge, Legueu ;

2° La méthode de Young pratiquée en 1900 par cet auteur ;

3° La méthode sacrée (procédé de Kraske) expérimentée par Schede et Routier ;

4° La méthode parasacrée qui donna de bons résultats à Sick, Schede, Percy, Bolton et Kœnig ;

5° Enfin la méthode inguinale par voie haute. C'est uniquement de cette dernière méthode que nous voulons nous occuper dans ce travail. Nous ne prétendons pas vouloir détrôner les autres méthodes. Elles ont chacune leurs avantages et leurs indications. Nous voulons seulement montrer que pour certains cas la méthode inguinale nous semble la bonne, et surtout que sa technique opératoire nous paraît maintenant mise au point, et tout à fait à la portée du chirurgien digne de ce nom.

I. — Historique

Ce fut Villeneuve le premier qui extirpa le canal déférent et la vésicule séminale par voie inguinale. Son élève Platon entreprit ensuite cette opération sur le cadavre. Ces expériences le conduisirent à des conclusions franchement négatives. Sa statistique expérimentale fut la suivante :

Dix essais de déférento-vésiculectomie par voie inguinale 9 échecs, 1 succès, relatif encore, puisqu'il n'amena que l'extrémité supérieure de la vésicule, neuf fois le déférent a cassé à des longueurs variant de 25 à 40 centimètres.

Mme de Béloséroff, élève de Roux de Lausanne, sur 6 expériences, rompt le déférent six fois et conclut que la voie inguinale n'a pas de valeur pratique.

Weir, Füller et Guelliot aboutissent aux mêmes conclusions défavorables.

Sur le vivant Weir a un échec complet après l'ouverture accidentelle du péritoine.

Villeneuve extirpe une fois la vésicule en entier, mais dans un second cas, rompt le déférent à 40 centimètres, n'entraînant qu'un lobule de la vésicule.

Baudet et Duval reprennent la question.

Dix expériences cadavériques réussies, 2 opérations heureuses, dues à une technique opératoire bien conduite et basée sur une connaissance anatomique approfondie de la région, leur font conclure que la vésiculectomie par voie inguino-iliaque est sim-

ple, facile à exécuter, sans dangers opératoires. M. Poirier du reste fut de cette opinion.

Villard de Lyon, dans la Société de Chirurgie de Lyon du 18 février 1909, croyant la vésiculectomie condamnée par Baudet et Kendirdjy (?), reprend la question, et pratique 6 fois depuis 1908 cette intervention et a toujours pu enlever correctement la totalité de la vésicule et du déférent laissés même adhérents l'un à l'autre. Cet auteur conclut d'ailleurs de la façon suivante. « Il s'agit d'une opération certainement délicate, mais parfaitement réglée et dont les difficultés sont très relatives pour les chirurgiens habitués aux interventions pelviennes. M. Villard va même plus loin et ajoute : Je considère la voie haute, dans l'extirpation des vésicules, comme infiniment supérieure aux autres voies d'abord. » Il donne d'ailleurs une technique de l'opération sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure.

M. Legueu, Marion, Robineau ont exécuté d'ailleurs depuis cette opération avec succès.

Nous avons exécuté sur le cadavre l'opération de la vaso-vésiculectomie d'après le procédé Baudet et Duval, et bien que l'intervention sur le cadavre soit beaucoup plus difficile que sur le vivant, sur 7 expériences, nous n'avons eu qu'un échec, dû à la rupture du défé ent à la limite de la vésicule. Cette technique nous semble donc excellente. Elle est basée sur la connaissance anatomique de la vésicule séminale sur laquelle nous allons insister un instant.

II. — Anatomie topographique

Sans insister sur les rapports du canal déférent dans sa portion pelvienne, rapports traités dans tous les livres d'anatomie, nous allons exposer rapidement l'anatomie topographique des vésicules séminales.

Les vésicules séminales sont situées dans une loge aponévrotique nette, formée de feuillets très différents par leur nature, par leur origine. Sans reprendre les descriptions classiques de la région vésico-rectale, de ses aponévroses, du cul-de-sac péritonéal, voici comment, d'après MM. Baudet et Duval, on peut à l'heure actuelle interpréter ces différentes formations.

Il est un stade de l'évolution pelvienne où il existe, dans l'homme, un ligament large véritable, analogue au ligament large utérin, c'est-à-dire une formation aponévrotique dans sa partie inférieure, séreuse péritonéale dans sa partie haute, qui relie le tractus génital, canal de Müller atrophié, canal de Wolff développé, à la paroi pelvienne. Cette formation triangulaire à arête supérieure contient entre ses deux lames les vaisseaux génitaux artères et veines. L'étage supérieur péritonéal contient le ca-

nal déférent et la spermatique aortique, tout comme l'étage supérieur du ligament large utérin contient le canal de Müller et l'ovarienne aortique : l'étage inférieur aponévrotique conduit à la vésicule séminale, l'artère génitale hypogastrique comme l'étage inférieur du ligament large conduit à l'utérus, l'utérine, l'artère génitale hypogastrique.

A ce stade, la vésicule séminale possède un revêtement péritonéal en tout analogue au péritoine utérin : la séreuse recouvre son bas-fonds, sa face antérieure, sa face postérieure. En avant elle se réfléchit sur la vessie ; en arrière sur le rectum ; en dedans elle franchit la ligne médiane pour gagner la vésicule opposée. Ainsi, deux culs-de-sac séparent la vésicule du rectum en arrière, de la vessie en avant, dépressions vésico-séminale antérieure, rétro-séminale postérieure, en tout analogues aux culs-de-sac utéro-vésical, utéro-rectal ; et le bassin se trouve par ce ligament large divisé transversalement, comme dans la femme, en un cavum prévésiculaire ou cystique, rétro-vésiculaire ou rectal (Cunéo et Veau).

Seul le bord externe de la vésicule est dépourvu de revêtement séreux, le péritoine étant là sous-tendu par le déférent qui descend des lombes. Ce bord externe reçoit la branche génitale de l'hypogastrique, et celle-ci, détachant de l'aponévrose vasculaire hypogastrique une expansion qui la recouvre, la conduit jusque sur la vésicule, tout comme

l'utérine entraîne sur l'utérus la gaine hypogastrique.

L'appareil génital entre alors dans la phase ultime de son développement, et nous assistons à un remaniement profond de l'étage péritonéal du ligament large mâle : aussi bien cet étage disparaît-il complètement sans que l'étage inférieur soit en rien modifié.

Le testicule descend vers la région inguinale, et d'ascendant en arrière devient antéro-postérieur. Les culs-de-sac péritonéaux pré et rétrovésiculaires se comblent par coalescence des feuillets, la vésicule se colle à la vessie en avant, au rectum en arrière et le cul-de-sac rétrovésiculaire en s'aplanissant vient à constituer le cul-de-sac de Douglas ; le péritoine descend directement de la vessie sur le rectum en tapissant simplement le sommet de la vésicule séminale.

Mais sur les deux faces antérieure et postérieure de celle-ci persistent deux lames conjonctives nettes (Cunéo et Veau.), vestige des anciens culs-de-sac péritonéaux : ce sont les parois antérieure et postérieure de la loge vésiculaire. Le bord externe reçoit toujours et l'artère génitale, et l'aponévrose hypogastrique qui, en forme de tente, vient se confondre sur les faces de la vésicule avec ces lames conjonctives.

Là, le péritoine est double de fibres musculaires lisses qui, entourant les vésicules séminales et la terminaison du déférent, forment ce muscle compresseur des vésicules que Paulet a étudié dans la

série animale, ces trousseaux musculaires que Henle a décrits chez l'homme, les fibres lisses enfin que Denonvilliers avait vues dans son aponévrose prostato-péritonéale.

La loge vésiculaire est alors formée et ainsi composée. Fermée en dedans, en haut et en bas, *elle est ouverte en dehors pour recevoir les vaisseaux.*

Prismatique, triangulaire à arête supérieure, étendue transversalement, elle a trois faces : antérieure, postérieure, inférieure, deux bases interne et externe. Les faces antérieure et postérieure sont formées par les lames conjonctives nées de l'oblitération des culs-de-sac péritonéaux pré et rétro-vésiculaires ; ces lames contiennent des fibres musculaires lisses : la postérieure n'est autre chose que l'aponévrose de Denonvilliers (Cunéo et Veau).

En dedans ces deux parois se réunissent sur le bord interne du déférent et se prolongent avec les homologues du côté opposé. En dehors, elles sont prolongées jusqu'à la paroi pelvienne par les deux lames de la tente hypogastrique que l'artère génitale emmène jusque sur la vésicule. La loge se poursuit donc jusqu'à la paroi pelvienne, ces deux lames se réunissent en arête au-dessus de l'artère, se séparent en bas, l'antérieure remonte avec l'ombilicale sur la vessie, la postérieure remonte avec l'hémorroïdale moyenne sur le rectum (Farabeuf, Cerf).

La paroi inférieure de la loge est formée par le releveur de l'anus et son aponévrose supérieure qui, arrivée aux flancs de la prostate, s'imbrique avec les

bandes pubio-prostatiques antéro-postérieures, et leur envoie une expansion ascendante.

L'arête supérieure est la ligne de réunion des lames aponévrotiques qui recouvrent l'artère ; au-dessus d'elle croise le déférent, recouvert à son tour par le péritoine aplani.

En dehors, la loge est béante pour laisser passage aux vaisseaux. Elle contient la vésicule et le segment terminal du canal déférent qui flanque son bord interne ; elle lui adhère intimement et n'en est que difficilement détachable, mais bien que réunie aux parois de sa loge par des tractus de fixation, elle s'en énuclée facilement en masse avec le déférent.

Les vaisseaux la pénètrent par son bord externe. Il nous reste à les étudier.

L'artère vésiculaire peut être ramenée à trois types (Farabeuf) : ou bien elle naît de l'hypogastrique avec la vésicale inférieure, et, desservant le déférent, n'est que la branche vésiculo-déférentielle de la génito-vésicale, ou bien elle naît directement de la vésicale inférieure, la vésico-prostatique venant de l'hémorroïdale moyenne, ou bien la vésiculaire et la déférentielle naissent séparément d'origines variables. Mais quelle que soit la distribution originelle, l'artère vésiculaire aborde toujours la vésicule par son bord externe, soit au tiers supérieur, et passe alors à sa face postérieure : c'est la disposition la plus rare ; soit au tiers inférieur, et serpente longuement sur la face antérieure ; c'est la disposition typique. Lorsque la déférentielle forme un tronc

isolé, elle passe devant la vésicule et aborde l'ampoule du déférent toujours par son bord externe.

Le pédicule artériel se trouve donc toujours sur le côté externe de la vésicule ; il vient du reste de l'hypogastrique par le plus court chemin. Les veines naissent innombrables de la vésicule, sortent de tous ces replis et se collectent en gros troncs principaux. Eux aussi sont situés sur le bord externe de l'organe, allongés, parallèles, montant vers l'hypogastrique, largement anastomosés avec les vésicales, les prostatiques, les hémorroïdales ; et bien qu'anastomosées en dedans avec les vaisseaux opposés, les veines forment un large et unique pédicule situé sur le bord externe de la vésicule entourant complètement l'artère.

Les gros troncs veineux sont situés dans les parois mêmes de la loge aponévrotique, qu'elles transforment ainsi en véritable tissu caverneux et ce ne sont que des petites veinules qui vont des parois aponévrotiques à la vésicule elle-même au sein des petites cloisons ; le fait est important. Tous les vaisseaux se résument donc en un pédicule situé sur le bord externe de la vésicule, pédicule long, large et haut, recouvert d'une tente aponévrotique née de l'aponévrose hypogastrique.

Cette description anatomique nous montre donc que la vésicule séminale et le segment terminal du déférent sont contenus dans une loge aponévrotique complète d'où ils sont facilement énucléables et que leur pédicule unique est externe ; pour les aborder

il suffira donc d'ouvrir la loge sur son arête même, de récliner les parois respectives en avant et en arrière, et de délier en dehors contre la paroi pelvienne, le pédicule vasculaire.

III. — Technique opératoire

1° Technique de Villeneuve et de Platon

L'incision est funiculo-scrotale et remonte jusqu'à l'orifice inguinal externe. L'épididymectomie faite « on tire progressivement sur le déférent comme sur le ligament rond dans l'opération d'Alexander, et on effondre peu à peu avec l'index la paroi postérieure du trajet en se guidant sur la saillie du canal. On peut aussi inciser, si c'est nécessaire, un des piliers inguinaux. On arrive ainsi à décoller la vessie ; le doigt reconnaît tantôt la base de la prostate, et au-dessus la vésicule qu'il accroche et détache ».

Critique. — Il est évident que ce manuel opératoire est insuffisant en plusieurs points. Tout d'abord, l'incision est trop basse ; il faut fendre largement le canal inguinal, mettre à découvert toute la fosse iliaque, et toute la région vésiculaire. Puis, la traction sur le déférent est défectueuse. Le canal déférent casse facilement ; Villeneuve, Platon, tous le reconnaissent ; le déférent ne doit servir que de guide visuel, à peine sous-tendu pour bien diriger l'acte opératoire.

2° Technique de Baudet et de Duval

Plan incliné

Incision sur le funicule en dedans de l'épine pubienne ; elle descend plus bas, suivant les besoins de l'extirpation déférentielle épididymaire ou testiculaire : elle remonte, parallèle au trajet inguinal, jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure, et se termine à environ deux travers de doigt en dedans d'elle.

La peau, la graisse, incisées, et les quelques veines de la région pincées, l'aponévrose du grand oblique est franchement fendue, le canal inguinal ouvert ; puis le muscle petit oblique et le transverse sont sectionnés dans l'axe même de l'incision cutanée ; il faut épargner l'épigastrique au-dessus du pubis.

Le fascia transversalis est effondré à la sonde cannelée, le péritoine apparaît par sa face externe. On le décolle, avec le doigt, de la fosse iliaque, ayant soin de n'entraîner avec lui aucun feuillet aponévrotique.

Il faut laisser contre la paroi pelvienne le feuillet qui recouvre les vaisseaux, car s'engager sous ce feuillet—et un décollement aveugle nous y conduit facilement — c'est pénétrer dans la loge vasculaire même, *alors qu'il faut rester en dedans d'elle immédiatement sous le péritoine.*

Le décollement effectué, un large écarteur, une valve à hystérectomie vaginale, refoule en dedans le péritoine et le paquet intestinal.

Alors seulement, lorsque le champ opératoire est largement exposé à la vue, on recherche le déférent au contact de l'épine pubienne, au sein du plexus pampiniforme, en incisant la gaine du cordon.

Vers le scrotum sa dissection et poussée plus ou moins loin, suivant que l'on veut procéder à une déférentectomie simple, à une épididymectomie ou à une castration totale.

Vers la fosse iliaque, la dissection demande à être poursuivie en observant certaines règles importantes.

Tout d'abord, il ne faut exercer aucun traction sur le déférent sous peine de le rompre, puis il faut voir avant de disséquer et ne pas travailler à bout de doigts dans une profondeur obscure.

Il faut, à partir de ce moment, attaquer les voies génitales par leur face externe, pelvienne.

Le canal déférent est rejeté en dedans à la face profonde du péritoine qu'un large écarteur refoule, et disséqué à la sonde cannelée sans exercer aucune traction sur lui.

Dans cette dissection, on voit le déférent entouré de tractus celluleux qui forment une lame triangulaire à base profonde ; on les détache avec des ciseaux courbes, au ras du canal lui-même.

On s'engage ainsi entre différents organes qu'il importe de reconnaître au passage. Tout d'abord

l'épigastrique qui suit sa marche ascendante vers la ligne médiane ; puis l'artère ombilicale oblique en avant, en dedans et en haut ; on l'isole sous forme d'une corde nette. Il faut la refouler avec son aponévrose de recouvrement contre la paroi pelvienne en bas et en dehors ; on passe dans la concavité des courbes que décrivent ces deux artères.

Déjà la profondeur est grande et l'on travaille à bout de pinces. Bientôt on voit se détacher de la paroi pelvienne une saillie transversale en forme de tente ; ce sont les vaisseaux vésiculaires recouverts de leur aponévrose.

C'est sur cette saillie vasculaire elle-même qu'il faut ouvrir l'aponévrose pour pénétrer dans la loge vésiculaire ; avec la sonde cannelée maniée transversalement, on rejette en avant et en arrière les bords antérieur et postérieur de ce feuillet aponévrotique ainsi ouvert. Le pédicule vasculaire apparaît à nu ; il est pincé, coupé et lié faiblement malgré la profondeur.

La loge ainsi ouverte, la vésicule apparaît à nu, reconnaissable à sa forme sinueuse et à sa coloration blanchâtre.

Une pince de Kocher en saisit le fond ; on l'isole de sa gaine en disséquant au plus près pour éviter l'hémorragie ; on rompt ainsi les fins tractus qui unissent la vésicule aux parois de sa loge.

Sa face interne adhère au déférent qui, lui, est facilement détaché du péritoine, de la vessie.

Par prises successives on amène la vésicule de la

plaie, disséquant toujours ses faces, au plus près : bientôt on butte sur la saillie que forme la prostate, la dissection est terminée.

D'un coup de ciseaux courbes on sectionne de dehors en dedans, au ras de la prostate, le col de la vésicule et le canal déférent. Le moignon vésiculaire est touché au thermocautère ou curetté, l'exérèse est terminée.

3° Technique de Villard (de Lyon)

Cette technique a beaucoup de points communs avec la précédente.

L'incision pratiquée par cet auteur part de la partie supérieure des bourses à droite ou à gauche de la racine de la verge, suivant le trajet du canal inguinal jusqu'à son orifice profond, point où elle change de direction et remonte sur le bord externe du muscle droit, jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Dans le premier temps inguinal le testicule est attiré au dehors, et l'on vérifie les lésions.

Le deuxième temps iliaque ne diffère pas de celui de la technique précédente, cet auteur indique un temps du décroissement du canal déférent : celui-ci consiste à rejeter le testicule et le canal déférent du côté opposé par-dessus la ligne médiane et légèrement en haut : il résulte de cette manœuvre que l'uretère restant en avant, toutes les tentatives de décollement du déférent, ou toutes les tractions

exercées sur lui, ont pour conséquence de le séparer du conduit urinaire. Nous ferons objecter qu'il n'y a aucune crainte à blesser l'uretère dans cette opération. L'uretère se trouve au milieu des vaisseaux sous le feuillet aponévrotique qui le recouvre ; en restant immédiatement sous le péritoine on l'évite facilement ; il est accolé avec les vaisseaux à la paroi pelvienne, et ne risque pas d'être lésé dans la dissection du déférent. Le reste de l'opération de Villard est identique à celle de Baudet et de Duval, et c'est aussi sur le côté externe que cet auteur attaque la vésicule séminale.

En résumé, nous pouvons dire que pour réussir cette opération, il faut trois choses :

1° Un plan incliné ;

2° Une longue incision ;

3° Deux aides et deux valves.

Le plan incliné est indispensable, et sans lui l'opération déjà délicate serait presque impossible. La difficulté réelle de cette opération n'existe que lorsque l'on approche de la vessie et de la vésicule. C'est là qu'est le tournant dangereux : 1° *Il est très facile de rentrer dans la vessie*, c'est alors la fistule et toutes ces conséquences ; 2° il s'agit donc d'y voir extrêmement clair, car on est déjà à une grande profondeur et nous pensons que *deux grandes valves* ne sont pas de trop. L'une sera placée dans l'angle supérieure de la plaie, et l'autre dans l'angle interne. Et c'est pourquoi il faudra également une

longue incision, donnant une large plaie permettant de travailler autrement qu'au fond d'un puits.

Voici donc en résumé les différents temps de l'opération.

1° *De l'incision.* — Après avoir essayé différentes incisions, en particulier celle préconisée par Legueu le long du bord externe du grand droit, nous pensons que la meilleure est la suivante : C'est une incision coudée *funiculo-inguino-abdominale*, commençant en bas au milieu des bourses, au niveau du testicule, suivant ensuite le trajet inguinal jusqu'à son orifice profond, où on la coude en dedans jusqu'au niveau de l'ombilic. C'est là une très grande incision, indispensable pour y voir très clair et qui apparaîtra singulièrement utile lorsque l'on sera dans les parages de la vésicule.

2° *Temps inguinal.* — 1° Incision sur une sonde cannelée de l'aponévrose du grand oblique et ouverture du canal inguinal ; 2° incision des deux muscles petit oblique et transverse, qui sont excessivement minces sur certains sujets. Point n'est besoin de couper ni de lier l'épigastrique ; il est plus simple de la récliner.

3° *Temps iliaque.* — Effondrement à la sonde cannelée du fascia transversalis et décollement à la compresse du péritoine pariétal qu'on décolle de la fosse iliaque. Ne pas s'engager sous l'aponévrose cache-vaisseaux et s'engager toujours au-dessous du peritoine.

4° *Temps pelvien.* — On récline l'épigastrique en

dedans ; et les deux grandes valves sont placées l'une en haut réclinant le péritoine et les anses intestinales, l'autre en dedans de la plaie réfléchissant la lumière dans le fond de la région.

Le déférent est presque disséqué de lui-même : il est libéré à la sonde cannelée des tractus conjonctifs qui l'entourent, ce temps est facile.

On aperçoit alors dans le fond de la plaie les vaisseaux vésiculaires qu'il faut immédiatement couper et lier : c'est le point de repère pour arriver à la vésicule.

5° *Temps vésiculaire.* — On peut alors immédiatement saisir la vésicule à l'aide d'une grande pince de Kocher, mais cette énucléation est assez délicate, car la vésicule renferme souvent du pus qui s'écoule lorsque l'on saisit cette dernière : on garnira donc le fond de compresses pour éviter l'écoulement du pus.

Après avoir énucléé la vésicule, on fait une hémastose minutieuse du fond de la plaie, et le thermocautère sera appliqué sur le moignon vésiculaire. Un drain est placé au fond de la plaie jusqu'à la région prostatique.

Il faut replacer alors le malade dans la position horizontale et le vaste décollement péritonéal qui existait se comble de lui-même sous la poussée des anses intestinales.

6° *Reconstitution de la paroi*, par une suture à trois plans, avec orifice pour le drain.

Donc, plan incliné, large incision remontant jus-

qu'à l'ombilic, deux aides et deux valves. Ne jamais tirer sur le déférent et ne pas s'engager sous l'aponévrose cache-vaisseaux, tels sont les points essentiels de cette opération bien mise en lumière par MM. Baudet et Duval.

IV. — Accidents opératoires

Nous pouvons diviser les accidents opératoires en deux parties : les accidents insignifiants ou exceptionnels et les accidents normaux, mais qu'une thérapeutique chirurgicale post-opératoire bien conduite suffit à arrêter :

Parmi les premiers nous signalerons :

1° *La déchirure du péritoine*;

2° *La cassure du déférent* ;

3° *La blessure de l'uretère*.

Parmi les seconds il faut signaler :

1° *Les déchirures vasculaires* (en particulier celles des veines vésiculaires);

2° *La suppuration* ;

3° *La fistule vésicale*.

La déchirure du péritoine s'est produite dans quelques cas, notamment dans un cas de M. Baudet qui est relaté dans notre observation VIII.

C'est un accident sans conséquence : deux ou trois points de suture au catgut, suivant la longueur de la déchirure, suffisent à réparer le mal.

La cassure du déférent s'est produite surtout

dans les débuts de l'opération. Elle n'a pas empêché dans certains cas de continuer et de terminer l'opération. L'issue du pus, la plupart du temps issue favorisée par la fragilité des parois du déférent, principalement au niveau de foyers caséeux, doit toujours être évitée, car elle peut être le point de départ d'une suppuration de la plaie. On l'évitera donc, si l'on a soin, comme nous l'avons dit, de ne jamais tirer sur le déférent.

La blessure de l'uretère est un accident grave, mais qu'on évitera en restant toujours sous le péritoine comme nous l'avons exposé à la technique opératoire.

Les déchirures vasculaires, en particulier celles des plexus vésiculaires est très fréquente ; l'hémostase est difficile à obtenir, le moignon vésiculaire saigne toujours facilement malgré le thermocautère : Il faudra donc en même temps qu'on place le drain mettre de chaque côté du drain deux tampons de gaze stérilisée servant en même temps à fixer le drain et à arrêter le suintement sanglant. Cette hémorragie n'est jamais dangereuse. Mais c'est la facilité avec laquelle les hématomes suppurent (comme partout d'ailleurs) qu'il faut donc éviter.

La suppuration. — La suppuration est fréquente, et malgré tous les efforts du chirurgien quelquefois inévitable.

Souvent alors que dans le premier temps de l'intervention on a enlevé l'épididyme, un ou plusieurs foyers tuberculeux ont pu s'ouvrir. Le pus a coulé

sur les mains du chirurgien et de l'aide, et malgré tous les soins manuels que l'on peut prendre, on continue l'opération dans le petit bassin, d'où chances d'infection possible.

Deuxièmement, même si l'on est arrivé à la vésicule sans encombre et sans incident, il s'écoule souvent du pus de la vésicule, il faudra donc bien tamponnner le fond de la région et garnir de compresses, comme on le fait pour une hystérectomie.

Enfin et surtout la difficulté est le drainage.

On a opéré à une grande profondeur, le drain fonctionne souvent mal ; donc les efforts du chirurgien devront porter à exécuter un drainage aussi parfait que possible.

La suppuration peut entraîner à sa suite aussi l'éventration ; nous n'insistons pas, c'est là un accident possible à toute intervention chirurgicale.

Enfin la fistule vésicale est une grosse complication non pas irréparable, mais qui peut entraîner à sa suite d'interminables ennuis. Opérer toujours en voyant ce que l'on fait, ne pas enlever les vésicules à l'aveugle et suivre bien la technique décrite.

Nous insistons sur ces accidents possibles pour bien montrer comment l'on peut et l'on doit les écarter avec une méthode et une technique bien réglées, ils sont parfaitement évitables.

Donc, et surtout insister sur le tamponnement et sur le drainage du fond de la région et éviter la vessie.

V. — Indications et contre-indications opératoires

Légitimité de la vaso-vésiculectomie. — Etant donné le cas où l'on croit devoir intervenir pour une tuberculose testiculo-épididymaire, est-il légitime d'agir en même temps sur les vésicules s'il y a lieu, ou vaut-il mieux abandonner à leur évolution les lésions de ces derniers organes ?

Voici comment M. Marion résume la question dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* du 9 novembre 1909 :

« Avoir le nombre très restreint d'opérations sur les vésicules opposé à la fréquence relativement grande des interventions pour tuberculose génitale, il semble que la majorité des chirurgiens considèrent ces tuberculoses génitales profondes comme négligeables et justifiables seulement de l'abstention d'un traitement médical.

Pourquoi ? Une première raison incite naturellement le chirurgien à négliger ces lésions des vésicules, c'est leur indolence. Combien de malades possèdent des vésicules tuberculeuses vraiment très grosses, qui n'en éprouvent aucun inconvénient. Et lorsque du fait du progrès des lésions apparaissent des accidents, il est en général trop tard pour faire quelque chose d'utile, si bien que l'on abandonne le malade à son malheureux sort.

Une seconde raison qui justifie semble-t-il l'abstention, c'est la régression que subissent dans bon nombre de cas les tuberculoses profondes lorsque les tuberculoses du testicule et de l'épididyme sont supprimées ou guéries. Quelques-uns des chirurgiens qui ont pris part à la discussion de 1899 ont insisté sur ces faits de régression. Elle est réelle dans quelques cas et de nature évidemment à justifier l'abstention dans ces cas.

Enfin, sans aucun doute, si l'on néglige si souvent la tuberculose des vésicules, c'est la difficulté que l'on éprouve à aborder ces organes, les ennuis de soins consécutifs, dont la durée peut être assez longue. Voilà, en effet, un malade que l'on pouvait débarrasser de son affection apparente épididymaire rapidement par une épididymectomie ; huit jours après l'opération il peut se lever et se croire débarrassé complètement de toute affection ; pratiquez-lui une vésiculectomie et il aura souvent une fistule de durée plus ou moins longue qui leur fera trouver son état moins bon que celui dans lequel il se trouvait auparavant. De sorte que le chirurgien considérant d'une part l'indolence absolue des lésions, d'autre part les aléas que peut comporter lui ablation, conclut à l'abstention.

Il s'agit d'une tuberculose profonde, difficile à atteindre, c'est vrai. L'opération peut être délicate mais en réalité elle n'offre aucune difficulté particulière en dehors de la difficulté créée par les adhérences des vésicules malades. En tout cas, il n'y a pas

dans cette difficulté rien qui doive arrêter un chirurgien s'il est démontré que l'opération puisse être utile.

S'agit-il d'une opération dangereuse ? non. Si l'on signale quelques cas de mort post-opératoires, ils sont le fait d'une septicémie facile à éviter, ou de généralisation tuberculeuse telle qu'on peut en observer après toute autre intervention pour une tuberculose quelconque. Il convient enfin d'ajouter que malgré l'ablation simultanée des deux vésicules la puissance génitale peut être conservée, à condition toutefois qu'il reste encore au moins un testicule ; l'observation de M. Baudet en est la preuve, une observation de Roux confirme le fait.

Par conséquent on peut conclure que, si l'opération de la vésiculectomie est un peu délicate, elle ne fait pas courir au malade de dangers immédiats disproportionnés, et les résultats qu'elle fournit lorsque l'on choisit les cas sont aussi bons que ceux que que l'on a l'habitude d'obtenir dans le traitement de toute autre tuberculose.

2° *Faut-il opérer toutes les tuberculoses génitales ?* Il est des contre indications générales, et des contre-indications locales : *les premières relèvent de l'état du poumon et de la vessie, les secondes de l'état avancé des organes en cause.*

Il est bien évident que si l'auscultation du poumon révèle des lésions cavitaires très nettes et très nombreuses ou même des lésions de ramollissement très étendues, entraînant à leur suite un état général

très mauvais et très avancé, il serait tout à fait ridicule de tenter quoi que ce soit sur la tuberculose génitale.

De même si le malade outre sa tuberculose génitale présentait une tuberculose vésicale très marquée avec hématuries, cystite et douleurs très accusées, il sera sage de s'abstenir. Cependant cette dernière contre-indication n'en est pas une pour certains chirurgiens qui pensent qu'il faut guérir ou tout au moins améliorer l'affection vésicale, et alors tenter de débarrasser l'économie du foyer génital infecté, Les deuxièmes contre-indications tiennent à l'état même des lésions. Si l'on se trouve en présence de suppurations prêtes à s'ouvrir avec quelques-unes déjà ouvertes, il ne faut pas opérer ; les chances d'infection seraient trop grandes ; il faudra attendre la régression de l'inflammation, attendre également que les fistules soient à peu près taries, alors seulement l'opération pourra être tentée. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette dernière question dans le chapitre suivant.

VI. — Indications de la vaso-vésiculectomie par voie haute

La tuberculose génitale et uni ou bilatérale. Il est de toute évidence que la tuberculose bilatérale relève d'une autre voie, la prostatique par exemple. *Seule la tuberculose unilatérale doit être opérée par la voie inguinale.*

Nous allons examiner et discuter successivement les différents cas qui peuvent se présenter, et voir ceux qui relèvent de la vaso-vésiculectomie complète. C'est l'examen clinique qui nous permettra de porter le diagnostic de l'intervention.

Lorsqu'un malade atteint de tuberculose épididyme testiculaire évidente s'offre à notre examen, voici ce qu'il convient d'établir :

Quel est l'état du déférent ? Quel est l'état de la vésicule ?

Quel est l'état du déférent. — Il faut palper le déférent dans le scrotum, dans le trajet inguinal et plus profondément encore, dans le pelvis et vers le bas fond vésical, avec une main qui déprime la paroi abdominale et un doigt introduit dans l'anus, qui refoule vers l'abdomen la région vésiculaire.

On se rendra compte ainsi, s'il est induré et moniliforme, s'il a des bosselures très accusées dans les divers points de son trajet ; ou bien, au contraire, s'il est peu augmenté de volume et souple, c'est-à-dire sensiblement normal.

Quel est l'état des vésicules. — Les vésicules normales se sentent assez difficilement. Mais lorsqu'elles sont tuberculisées, le doigt les perçoit très aisément. On les trouve :

1° *Augmentées de volume.* — Elles offrent le volume du pouce ou d'une grosse noix ;

2° *Irrégulières et bosselées.* — Sans que jamais les bosselures secondaires soient grosses ;

3° *Indurées.* — Elles donnent habituellement la

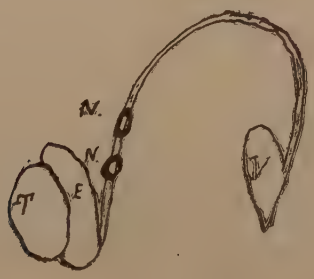
sensation d'une vésicule injectée au suif et à la cire ;

Très limitées. — C'est-à-dire que leurs contours sont nets et qu'elles se distinguent notamment très bien de la prostate. Mais il est moins facile de les séparer du canal deférent avec lequel elles se confondent généralement.

Ces vésicules sont presque toujours indolentes. Néanmoins elles peuvent être douloureuses ou bien s'accompagner de cystalgie, c'est-à-dire d'envies fréquentes d'uriner, de douleur en urinant, quoique la capacité vésicale soit conservée et que les urines ne soient pas purulentes.

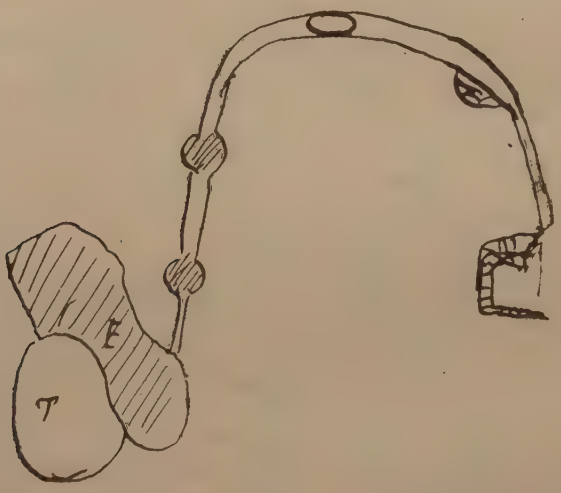
Voyons maintenant le traitement qu'on doit leur appliquer. Plusieurs cas peuvent se présenter.

Premier cas. — *Le canal déférent est simplement pris jusqu'à l'anneau inguinal, mais il n'y a ni grosses nodosités différentielles, ni grosse vésicale*, cas fréquent dans la pratique.



Deuxième cas. — *Les nodosités du déféreut sont bien marquées dans ses portions iliaques et pelviennes ; la vésicule néanmoins ne paraît pas malade*, pas plus que la partie terminale du déférent.

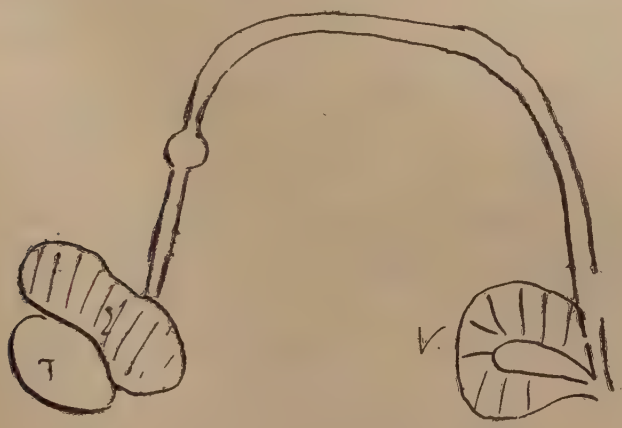
Dans le premier cas, nous pensons qu'il faut se contenter de l'épididymectomie et suivre le déférent qu'on liera près de l'orifice profond du canal inguinal et que la vésiculectomie ne doit pas être pratiquée.



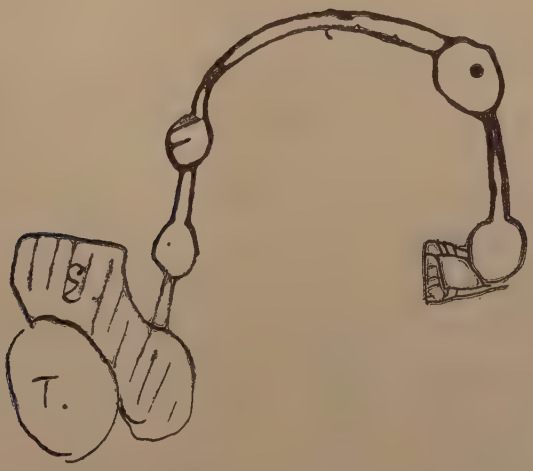
Dans le deuxième cas il n'en est pas de même. On pourrait se contenter d'une résection haute du déférent. Mais nous pensons que cette opération n'est pas assez radicale. Nous sommes de l'opinion de Roux qui dans ces cas enlève la vésicule, se basant sur ce fait qu'il se produit si souvent une tuberculose du côté opposé et que l'on débarrasse ainsi l'organisme d'une infection latente et possible de l'autre côté.

Troisième cas. — *Les nodosités du déférent sont bien marquées sur toute son étendue jusqu'à sa terminaison, la vésicule néanmoins ne paraît pas malade ou se distingue mal du déférent.*

Il faut dans ce cas enlever le déférent et la vésicule, le déférent parce qu'il est malade et tout entier malade ; la vésicule, parce que les observations



montrent que dans ces cas elle est tuberculeuse et très adhérente au déférent.



Quatrième cas. — *La vésicule est très grosse le déférent étant plus ou moins malade.* — L'opération ne se discute pas. Il faut faire d'emblée la vaso-

vésiculectomie. Les lésions sont trop accentuées pour qu'on puisse compter sur leur rétrocession spontanée.

Le deuxième, le troisième, et le quatrième cas relèvent donc pour nous de la vaso-vésiculectomie qui constitue le *traitement de choix.*

Cinquième cas. — Après plusieurs examens successifs, après une épididymectomie ou une castration antérieure, les vésicules continuent à grossir, et menacent de s'abcéder ; il faut pratiquer la vaso-vésiculectomie.

Sixième cas. — *Les vésicules sont peu augmentées de volume mais elles donnent issue à des accidents* (cystalgie, obstruction rectale, fistule). — Il faut pratiquer la vaso-vésiculectomie. Dans ces deux derniers cas (5 et 6) la vaso-vésiculectomie constitue un traitement de nécessité.

Septième cas. — *Les lésions de la vésicule et du déférent sont* **énormes mais non fistulisées.** — Le cas nous paraît ici discutable, car l'opération devient extrêmement délicate. Voici la solution qui nous paraît la meilleure. Il faut essayer la vaso-vésiculectomie par voie haute, mais si au cours de l'intervention on s'aperçoit que les décollements sont impossibles, si la rupture des vésicules s'est produite, il vaut mieux terminer l'opération par la voie périnéale.

Huitième cas. — *Les lésions de la vésicule et du déférent sont énormes* **et fistulisées.** — Dans ce cas il est sage de s'abstenir et d'opérer par le péri-

née. En effet l'infection serait certaine. Le drainage absolument nécessaire serait presque impossible et l'on marcherait ainsi à un désastre certain.

Neuvième cas. — *Le déférent et la vésicule présentent des lésions suppurées avec poussées aiguës.* — Dans ce cas la question qui se pose est la suivante ; faut-il faire l'opération en un temps ou en deux temps ?

Nous pensons qu'il faut faire l'opération en deux temps, dans le premier temps une castration complète et attendre la régression des lésions pour tenter ensuite la vésiculectomie.

7° *Résultats opératoires à mettre à la fin des observations.* — La vaso-vésiculectomie donne des résultats excellents au point de vue opératoire, comme on pourra s'en rendre compte d'après les observations suivantes : du reste en choisissant ses cas, en n'opérant pas des malades inopérables, on doit toujours arriver à un succès opératoire.

La mortalité opératoire est presque nulle et la plupart des malades guérissent sans accidents opératoires ; un certain nombre présente pendant quelque temps des complications plus ou moins sérieuses, mais finissent pas guérir. La guérison est donc la règle, mais nous entendons parler de la guérison opératoire.

En effet, en résumé nos observations comportent :

1re observation	Villeneuve	Excellent état
2e —	Platon	—
3e —	Villemin et Duval	Mort de méningite tub.

4e	observation	Legueu	Mort de tuber. génér.
5e	—	Robineau	Excellent état
6e	—	Baudet	—
7e	—	—	—

Plusieurs des malades opérés avaient des lésions tuberculeuses très atténuées ou insoupçonnées : la guérison opératoire n'a pas chez tous enrayé la marche des autres lésions tuberculeuses. Dans nos observations, 2 malades sont morts de tuberculose méningée, un autre de tuberculose généralisée bien après l'opération il est vrai, et ces résultats pourraient assombrir le pronostic de la vésiculectomie.

Cependant nous pouvons dire qu'il n'y a là rien qui distingue ces opérations des autres opérations pratiquées dans les cas de tuberculoses locales. N'est-ce point aussi le sort des tuberculoses chirurgicales médicalement traitées?

Que deviennent les lésions vésiculaires? — En général la région vésiculaire présente une légère dépression et l'on ne perçoit aucune saillie à la place des vésicules enlevées. A ce niveau le bas-fond vésical reste souple (Villemin et Duval). D'autres fois, on sent un léger cordon cicatriciel ou un petit noyau dur. Mais l'on ne constate jamais la masse indurée, se substituant à la vésicule enlevée. La guérison opératoire est donc parfaite, même quand la place est restée quelque temps fistuleuse.

Et cependant, il est d'autres cas où l'on a arraché la vésicule (Platon, Villeneuve). D'autres cas où on l'a curettée... des cas en somme où l'extirpation n'a

pas été absolument complète. Et cependant les malades ont guéri.

On peut dire qu'au point de vue local la vésiculectomie assure presque toujours une guérison complète et sans récidive.

Que devient l'état génital ? — L'extirpation du canal déférent et de la vésicule ne modifie pas l'état physiologique du malade au point de vue de la virilité.

Cela n'a rien d'étonnant puisque nous savons que le testicule ne se modifie que peu ou pas du tout après ces opérations. Du reste ce qui pourrait modifier la fonction virile à la suite de ces opérations, ce n'est pas tant l'ablation des vésicules que celle de l'épididyme ou d'un testicule. Or, chez un sujet adulte, ces dernières ablations ne diminuent pas la génitalité des opérés.

OBSERVATION I

(Villeneuve. — Marseille, 1891.)

Vésiculectomie par la voie inguinale

Homme, porteur d'une fistule tuberculeuse, aboutissant à la tête de l'épididyme, qui avait été traitée par des injections de naphtol camphré. Suivant les manuels sus-indiqués, on fut obligé de sectionner le pilier interne de l'anneau qui ensuite fut suturé facilement à la soie, la vésicule séminale étant détachée. Tout l'épididyme était pris, gros, bouclé, très adhérent au testicule, il fut détaché avec quelques difficultés. Villeneuve voulut, en terminant, enlever

complètement le trajet fistuleux qui aboutissait à la tête de l'épididyme. Cela fait, il s'aperçut que le testicule ne tenait plus que par quelques tractus celluleux et que notamment l'artère spermatique devait avoir été coupée, bien qu'il ne saignât plus. Il se décida donc à enlever ce testicule quoiqu'il parût sain. Aussi quel ne fut pas son étonnement lorsque, à la coupe, il constata qu'il était criblé de tubercules crus ayant l'aspect et la grosseur d'un grain de semoule; quant à l'épididyme il était farci de tuberculose caséeuse.

OBSERVATION II

(Platon. — Thèse de Montpellier, 1898.)

Traitement de la tuberculose testiculaire

Homme de trente-trois ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Marseille, dans le service de Villeneuve, le 10 janvier 1896.

Le scrotum est rouge et tendu dans sa moitié gauche. A l'incision du tiers inférieur avec le tiers moyen de la face antérieure, se trouve une fistule donnant du pus. L'épididyme est induré et douloureux. Tout le long du canal déférent, on sent des noyaux qui remontent presque dans le canal inguinal.

Le toucher montre le lobe gauche de la prostate dur et bosselé : les vésicules sont difficiles à atteindre : il semblerait que la vésicule gauche est plus grosse que la droite.

Le début des lésions remonte au mois de septembre 1895. Il n'y a pas de tuberculose pulmonaire.

Opération le 17 janvier 1896. — Méthode de Villeneuve. Incision inguino-scrotale : ouverture de la vaginale et éva-

cuation du liquide qu'elle contient. L'épididyme est détaché au thermocautère, puis on tire sur le canal déférent qui, à un moment donné, se rompt brusquement en amenant avec lui une portion de la vésicule séminale dont la section montre une masse caséeuse en voie de ramollissement.

La longueur totale de l'épididyme et du déférent enlevée est de 40 centimètres.

Le malade sort guéri le 1er mars; le testicule droit est toujours sain. Il a été revu à la fin de 1896 : il était en excellent état. Les érections et le coït étaient faciles.

OBSERVATION III

(Villemin et Duval, 1900.)

Tuberculose testiculaire gauche. — Extirpation totale des voies génitales par incision inguinale.

P... Jean-René, âgé de deux ans et demi, entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 3 avril 1900 dans le service de M. le professeur Lannelongue, pour une tuberculose testiculaire gauche.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu, mère bien portante, ne semble pas en puissance de tubercules, pas d'autres enfants.

Antécédents personnels. — Depuis sa naissance, l'enfant a toujours été malade, son allaitement a été difficile : il était nourri au biberon.

A un an et demi il contracte la coqueluche ; celle-ci évolue normalement sans complication pulmonaire. L'enfant contracte la rougeole, puis, dans sa convalescence, une bronchopneumonie.

Il y a un an que la mère s'est aperçue de l'affection testiculaire ; la bourse a grossi ; la peau est devenue rouge, très douloureuse. On incise à Tenon un foyer abcédé. La cicatrisation s'est faite au bout de six mois seulement ; il persistait jusqu'alors une fistule donnant à peine quelques gouttes de liquide citrin.

Depuis, l'enfant semble avoir subi un arrêt de développement : il ne parle pas et comprend difficilement ; il ne marche pas, sans toutefois présenter de déformation des membres inférieurs.

Examen. — La bourse gauche présente à la partie postéro-inférieure externe une cicatrice adhérente à la peau de l'épididyme. Le testicule, dans son ensemble, est deux fois plus gros que l'opposé, sans foyers ramollis. L'épididyme, triplé de volume, est gros surtout au niveau de la queue ; un gros noyau englobe le globus minor et le segment initial du déférent.

Pas de liquide dans la vaginale.

Le déférent est gros, bosselé légèrement ; on le sent jusqu'à l'anneau inguinal et peut-être dans le canal.

Toucher rectal. — Ne fournit aucune donnée positive.

Examen général. — Cicatrice de tuberculose sous-cutanée guérie à l'avant-bras gauche.

Le système ganglionnaire est intact.

Poumons. — Auscultation négative.

Os et articulations sans lésions.

4 avril 1900. — Castration totale avec déférento-vésiculectomie par voie inguinale. Le déférent se rompt à 10 centimètres de la vésicule, mais il est facilement repris et extirpé complètement avec la vésicule entière.

Suites opératoires. — Sans incidents autres que la suppuration d'un crin cutané.

4 mai. — La veille du départ de l'enfant, la cicatrice est bonne ; la paroi solide forme une bande cicatricielle épaisse. Le testicule droit est gros comme une noisette, régulier, non douloureux.

Le toucher rectal montre que le bas-fond vésical est souple ; on ne sent pas la vésicule droite, on n'a pas la sensation de vide du côté gauche.

4 juillet. — Revu l'enfant en excellent état.

L'examen histologique de la pièce montre des lésions nettement tuberculeuses des organes enlevés.

OBSERVATION IV

(Baudet et Duval, 1900.)

Tuberculose génitale. — Epididymectomie et ablation totale du déférent et de la vésicule séminale par la voie inguinale.

X..., âgé de vingt ans, a eu un frère amputé de la jambe pour tuberculose du pied.

Lui-même a eu, l'hiver dernier, une bronchite suivie d'hémophysies légères.

Depuis six mois, le testicule gauche a augmenté de volume ; depuis seize jours il a une fistule scrotale ; cette évolution s'est faite à froid.

Les signes fonctionnels sont nuls ; pas d'envies fréquentes d'uriner ; pas de douleur ni d'hématuries à la fin de la miction.

Le scrotum est volumineux du côté gauche, en ce point la

peau est violacée, adhérente aux plans profonds. Elle porte une fistule étroite laissant sourdre un liquide séro-granuleux. Au-dessus d'elle existe un noyau gros comme le pouce, placé lui-même au-dessous de la queue de l'épididyme et confondu avec elle.

L'épididyme est gros, induré, renflé à ses deux extrémités ; le testicule paraît normal, il est séparé de l'épididyme par un sillon très accusé.

Le canal déférent augmenté de volume est induré. La vésicule séminale gauche paraît plus grosse qu'un pouce ; elle est bosselée et dure.

La vésicule droite est un peu moins volumineuse, mais manifestement malade. La prostate est légèrement saillante au niveau du point où les vésicules convergent.

Le canal déférent droit, le testicule et l'épididyme droit paraissent normaux.

Opération le 13 juillet 1900. — La technique ci-dessus décrite est fidèlement suivie, facilement appliquée, sans hémorragie ni ouverture du péritoine.

Examen des pièces. — Il s'agit manifestement de tuberculose génitale. La vésicule a été sectionnée à la limite du corps et du col. Elle est plus grosse qu'un pouce d'adulte. Elle a 4 cm. 5 de longueur et 3 de largeur. Elle est bourrée de matière caséeuse, pas trop diffluente.

Le déférent a été sectionné au niveau de l'ampoule. Son extrémité terminale est grosse comme l'extrémité du petit doigt ; elle contient de la matière caséeuse. Du reste, sectionné en trois grands points différents, on trouve en ces trois points des traces de caséifications.

Il tient à la vésicule par son côté externe sur une longueur de 3 centimètres.

Quoi qu'il soit un peu ratatiné par dessication, sa longueur totale est de 32 centimètres ; il est sectionné en deux endroits : 1° A 3 centimètres au-dessus de l'épididyme incision volontaire ; 2° A 10 centimètres au-dessus de sa terminaison section involontaire avec la sonde cannelée.

L'épididyme a 8 centimètres de longueur, il offre deux grosses bosselures à ses extrémités. Son corps a le volume du médius. Il est rempli de matière caséeuse.

Les suites opératoires sont les suivantes (octobre 1900) : après deux mois et demi le malade conserve une fistulette inguinale, suite d'une suppuration partielle de la plaie, elle est du reste en voie de guérison certaine.

Le toucher rectal montre que la région vésiculaire gauche reste vide : la vésicule droite est un peu grosse, mais ses lésions sont moins apparentes qu'en juillet. La surface prostatique est absolument lisse. Le testicule droit est indemne. L'état général est bon.

Le malade est mort en janvier 1901 d'une méningite tuberculeuse.

OBSERVATION V

(Legueu, 1902.)

Extirpation de la vésicule séminale droite par la voie inguinale.— Déférentectomie et épididymectomie.

A. J..., âgé de trente-trois ans, entre le 13 novembre 1902 à l'hôpital Necker. Il vient pour une grosseur du testicule droit.

Sans blennorragie antérieure ni actuelle, il a vu survenir, il y a environ un an, une nodosité au niveau du testicule droit : il n'en souffre pas, mais la tuméfaction est augmentée dans ces derniers temps d'une façon assez sensible. Il éprouve à ce niveau une certaine gêne et c'est la raison de son entrée à l'hôpital.

Le testicule droit est, en effet, augmenté de volume et fait, sous la bourse de ce côté, une saillie très accentuée. Le testicule lui-même, il est vrai, est rétracté ; c'est l'épididyme qui augmente de volume, forme au-dessus du testicule le cimier de casque caractéristique avec tous les caractères d'une épididymite tuberculeuse.

Il n'y a pas d'hydrocèle. Le déférent est augmenté de volume, bosselé, moniliforme ; on le perçoit presque dans la traversée inguinale.

Le testicule gauche, au contraire, ne présente aucune altération ; le cordon de ce côté et les enveloppes sont également sains.

Par le toucher rectal, on trouve une prostate petite, dure par places en trois ou quatre noyaux fermes. Mais c'est surtout la vésicule séminale du côté droit qui fixe tout d'abord l'attention.

Elle est d'un volume considérable, refoule notamment la paroi rectale sous laquelle elle fait une saillie dure et irrégulière.

La vésicule gauche, au contraire, se sent à peine ; on en définit à peine les contours.

Il n'existe aucune trace de propagation tuberculeuse du côté de la vessie ni de l'appareil urinaire. Les urines sont

claires, les mictions un peu plus fréquentes que d'habitude ; sept ou huit fois par jour, deux fois par nuit.

Le malade a maigri insensiblement depuis quelques mois : il tousse un peu et l'auscultation de ses poumons montre, particulièrement à droite, une lésion manifeste de tuberculose encore fermée. Il est d'ailleurs de souche tuberculeuse ; sa mère est morte de la poitrine : il a perdu un frère de tuberculose.

Le diagnostic de tuberculose génitale n'est pas douteux ; mais la localisation à la vésicule séminale nous paraît si important, qu'après avoir, pendant quelques jours, surveillé le malade, nous nous décidons à pratiquer chez lui la spermatocystectomie par voie inguinale.

L'opération a lieu le 2 novembre 1902 avec l'aide de M. Duval.

Sur le bord externe du muscle droit, incision verticale. Le péritoine est refoulé, le canal déférent découvert et sur celui-ci je me guide pour aller à la recherche de la vésicule séminale.

Au fond de cette plaie dans laquelle je vois la vessie et l'uretère je parviens à la vésicule. Je la libère assez difficilement en la saisissant dans des pinces plates : je l'extirpe assez aisément ainsi que la portion pelvienne du canal déférent. Drain. Suture.

Je poursuis l'excision du canal déférent jusque dans le canal inguinal et jusqu'à l'épididyme que j'excise.

Le testicule sain est conservé.

Suites opératoires. — Normales. Le malade quitte l'hôpital le 2 janvier 1903.

Suites éloignées. — J'ai appris qu'il était mort de tuberculose en novembre 1903.

OBSERVATION VI

(Robineau, 1904.)

Résection par la région inguinale des voies spermatiques en totalité pour tuberculose chronique

M..., âgé de vingt ans, vient me consulter le 7 octobre 1904 pour une suppuration fistuleuse de la bourse droite. Cette lésion est attribuée par le malade à un traumatisme survenu il y a un an. A la suite d'une chute sur un tabouret, il eut une épididymite subaiguë, constatée par un médecin, qui dura deux ou trois semaines, laissant un testicule gros et douloureux.

L'induration alla en augmentant, et le malade porta un suspensoir.

Il y a dix mois, une fistule s'ouvrit, laissant couler un pus clair; puis quelques mois plus tard, apparut une deuxième fistule.

Il y a un mois (septembre) survint une poussée de funiculite, d'ailleurs assez vive dans la région inguinale, et augmentation de volume du cordon obligeant le malade à garder le lit.

L'examen de l'appareil génital montre les faits suivants :

Le scrotum du côté droit présente en avant deux orifices fistuleux en cul de poule, distants d'un centimètre, et donnant issue, par la pression, a une gouttelette séro-purulente. Ces fistules sont en rapport avec la tête de l'épididyme qui adhère aux téguments. Ailleurs, le scrotum est souple. La vaginale, peu tendue, est occupée par un épanchement abon-

dant et transparent. La glande séminale a au moins doublé de volume. La partie postérieure bosselée et inégale, est dure et douloureuse à la pression. Il n'est pas possible d'isoler le testicule de l'épididyme, ni de constater l'intégrité du premier ou son altération. Par contre, on sent très nettement l'anse du canal déférent occupée par un gros noyau à son abouchement épididymaire. En suivant de bas en haut le cordon, on reconnaît que le canal déférent induré dans toute sa longueur, présente dans la région funiculaire deux gros noyaux durs et sensibles, superposés, du volume d'un gros noyau de cerise. Dans la région inguinale, on constate deux autres noyaux échelonnés, l'un plus petit, l'autre plus gros que les précédents. Enfin, en déprimant la paroi, pour explorer la région pelvienne, on éveille la sensibilité sans déceler d'autres noyaux.

La vésicule séminale droite donne la sensation clonique de la vésicule injectée au suif : elle est volumineuse, bosselée, douloureuse, et, au-dessus d'elle, plus profondément, on sent un cordon dur, la terminaison du canal déférent. La prostate est saine, sans hypertrophie, sans noyaux.

Du côté gauche, l'appareil génital n'est pas indemne. Il y a tout d'abord un petit épanchement dans la vaginale. Le testicule est sain; l'épididyme présente une très légère induration en pleine tête et une autre douteuse au niveau de la queue. Le déférent est sain sur tout son trajet. La vésicule n'est pas augmentée, mais présente un très petit noyau induré vers sa partie moyenne.

L'appareil urinaire est sain ; il n'y a jamais eu aucun trouble de la miction. L'urètre n'a jamais suinté : aussi se dispense-t-on de l'explorer.

L'état général de ce malade est bon. Il est grand, bien constitué, non amaigri. Il a eu, il y a trois ans, une pleurésie guérie en trois mois et sans ponction, sans laisser de traces. L'auscultation du poumon est négative ; le malade ne tousse ni ne crache.

En résumé, ce malade présente une lésion tuberculeuse évidente des voies spermatiques droites ; l'épididyme est suppuré est fistuileux : le déférent est envahi dans toute sa longueur, ainsi que la vésicule terminale. Le testicule est peut-être malade également. A gauche, il y a une lésion de l'épididyme et de la vésicule au début. Aucun autre organe ne semble être actuellement le siège d'une lésion tuberculeuse.

L'opération eut lieu le 17 octobre 1904. — Après cautérisation ignée, les fistules scrotales furent circonscrites par une incision ovalaire et la peau entièrement libérée.

Incision inguinale intéressant le grand oblique.

Mise à nu du cordon, qui, après libération, est attiré en dehors avec la totalité du contenu scrotal. La vaginale est ouverte et évacuée, et l'on constate l'intégrité macroscopique du testicule.

Résection de l'épididyme, en libérant d'abord complètement la tête (avec le fragment de peau et les fistules), puis le corps qui est attentivement disséqué d'avec les vaisseaux du cordon, enfin la queue très adhérente au testicule. Ce temps opératoire est assez difficile ; par contre le suivant s'exécute par simple dissociation avec les doigts. Libération du déférent de bas en haut. Il y a un temps d'arrêt pour libérer les noyaux de la portion funiculaire qui sont entourés d'une

gaine conjonctive épaisse. On arrive ainsi jusqu'à la région inguinale.

Pour continuer, il faut isoler avec soin les muscles petit oblique et transverse de l'arcade cervicale, et ensuite, les désinsérer en dehors. Les vaisseaux épigastriques sont coupés entre deux pinces ; et l'isolement du déférent poursuivi avec les doigts et des ciseaux mousses fermés jusqu'au point où se dissocient les éléments du cordon.

A ce moment le malade était dans la position de Trendelenbourg, une valve récline en haut et en dehors la paroi abdominale. On reconnaît que le déférent, accolé à la paroi pelvienne, présente une série de dilatations de volume inégal. En poursuivant sa dissection, on ouvre le péritoine. L'adhérence du canal à la séreuse est telle qu'on est obligé de réséquer une portion de cette dernière, longue de 4 à 5 centimètres. La brèche péritonéale est suturée séance tenante ; et l'on continue la libération du déférent qui devient plus facile ; mais les tractions qu'on exerce sur lui pour amener la vésicule finissent par le rompre à 3 ou 4 centimètres de cette dernière, on en saisit aussitôt le bout avec une pince de Kocher et l'on arrive finalement sur la prostate.

Je saisis alors, avec une pince de Museux le corps de la vésicule d'où s'échappe une goutte de pus crémeux. Le déférent est sectionné au ras de la prostate et la vésicule se laisse enlever sans peine. La plaie prostatique est touchée au thermocautère. Ni l'artère ombilicale ni l'uretère n'ont été aperçus. Ligatures. Fermeture de la paroi à la Bassini, après réintégration du testicule dans sa bourse. Un drain pelvien

et un drain scrotal. Durée de l'opération. Une heure un quart.

19 octobre. — *Suites opératoires.* — Pansement. Suintement sanguin abondant. On retire les drains. Pas de fièvre.

21 octobre. — Rétention d'un peu de sang que l'on évacue en faisant sauter quelques points de suture.

Le huitième jour les fils sont enlevés. La peau est réunie, sauf au niveau de la partie inférieure de la place où elle présente un aspect de sphacèle : il se fait à ce niveau un léger écoulement purulent d'odeur assez forte. Température à 37 degrés. Le malade rentre finalement chez lui le 15 novembre 1904.

25 novembre. — Il y a encore sur le scrotum une fistule de 5 à 6 centimètres de profondeur.

En décembre il se fait aux parties supérieure et moyenne de la cicatrice une collection purulente qui est évacuée ; il s'agissait vraisemblablement d'une infection tuberculeuse secondaire.

En janvier, la fistule de la partie inférieure de la plaie est fermée ; mais l'ouverture de cette dernière collection n'est pas encore formée. Le testicule est de volume et de consistance normaux et il a sa sensibilité habituelle.

Au toucher rectal, les voies spermatiques gauches sont dans le même état qu'au moment du premier examen. Il y a toujours une légère hypertrophie gauche.

10 janvier. — On s'aperçoit que la fistule post-opératoire n'était qu'en apparence fermée. Une injection de naphtol camphré par cette fistule est suivie de douleurs dans le petit bassin, avec mictions fréquentes et ténesme rectal ; en même temps les urines présentent une odeur de camphre. Il est

certain que la fistule allait jusqu'à la prostate et communiquait par un canal éjaculateur avec l'urètre.

17 janvier. — L'oblitération est définitive. Le malade a engraissé depuis l'opération de 10 livres, et son état général est parfait.

L'examen des pièces a montré les faits suivants :

1° L'épididyme très épaissi offre au centre une cavité suppurée et fétide ;

2° Le déférent présente huit nodules de grosseur variable, le premier au niveau de son abouchement avec l'hépididyme, le dernier à 4 ou 5 centimètres du bord de la vésicule ;

3° La vésicule est totalement suppurée. La section a porté au delà de la fonction du déférent et du canal aptique, celui-ci est très épaissi et très induré.

OBSERVATION VII (Inédite)

N..., cinquante-six ans. Entré le 30 juillet, salle Nélaton, n° 48.

En 1888, à quarante-huit ans, eut un abcès péri-anal sans cause appréciable. Cet abcès se fistulisa et fut opéré en 1889 salle A. Paré à Lariboisière. La plaie resta fistuleuse jusqu'en 1901. A cette époque la fistule commença à laisser couler de l'urine et le malade subit une nouvelle opération (M. Bouglé). Après l'opération, il perdit encore de l'urine par la plaie, pendant trois mois. Entre temps en 1897 le malade avait subi une épididymectomie gauche faite par M. Cazin à l'Hôtel-Dieu.

En 1898, il avait vu du pus couler par le méat, à chaque

miction. Cet écoulement persista quelque temps sous forme d'une simple gouttelette au début de la miction.

En mars 1906, le scrotum du côté droit enfla et dans ces derniers temps (30 juillet 1907) le noyau scrotal s'ouvrit à la peau et se fistulisa. En même temps un noyau tuberculeux s'installait à la face interne de l'urètre, puis un peu en arrière du gland. On l'incisa. Il ne sortit que du sang. Une petite fistule a persisté, mais l'urine ne passe pas par cette fistule.

Actuellement, le testicule gauche est bien développé quoiqu'il n'ait pas d'épididyme.

A droite, il existe une fistule à la partie inférieure du scrotum, au centre d'un gros noyau induré (comme une amande) apparaissant sans connexions avec l'épididyme ou le testicule. Au niveau de l'épididyme, correspondant à la tête, un gros noyau induré comme le pouce. Pas de noyau au niveau de la queue.

Le canal déférent est moniliforme, noyau assez gros dans le canal inguinal. Il semble, par le palper et le toucher combinés, qu'on sente uu deuxième noyau dans la fosse iliaque. On en sent très nettement un troisième au niveau de la vésicule.

La prostate présente deux ou trois petites granulations comme un grain de plomb.

Le testicule paraît normale. La queue de l'épididyme paraît normale.

Opération. — 6 août. — Malade placé dans la position renversée. Opérateur, M. Baudet :

1° *Incision inguinale* jusqu'au péritoine, depuis l'orifice inguinal externe jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure.

On met le cordon à nu et l'on isole le canal déférent. On refoule le péritoine pariétal et les anses intestinales et l'on met une large valve. Le canal déférent se libère très facilement; deux ou trois coups de ciseaux pour couper le tractus conjonctif qui l'entoure.

Il est sectionné au niveau de la vésicule. La valve est enlevée.

On sectionne la paroi musculaire en un seul plan ; deuxième plan sur la peau. Drain Goldman dans le pelvis.

On incite le scrotum et on enlève : 1° le canal déférent ; 2° le noyau qu'on croyait épididymaire et qui ne l'est pas ; 3° le noyau et la fistule cutanées. On ouvre le scrotum du côté opposé et l'on referme l'incision scrotale.

Le canal déférent enlevé a une longueur de 26 centimètres à son pôle vésiculaire, il présente quelques tractus de la vésicule adhérant à lui.

A son pôle testiculaire, il présente un gros noyau induré et suppuré. Ce noyau est péri-différentiel, car au-dessus de lui on trouve l'extrémité du déférent sectionné. Le premier noyau est gros comme le pouce. Dans la partie inguinale du déférent à 8 centimètres au-dessus du premier noyau, il y a deux noyaux superposés gros comme un porte plume, communiquant avec l'intérieur du conduit et suppurés.

A l'extrémité pelvienne du conduit, au niveau de la vésicule, il y a une infiltration caséeuse de la paroi, qui reste dans la paroi.

Le drain placé dans la région inguinale donne un écoulement sanguinolent assez important.

Il se produit un hématome qu'on évacue le huitième jour en enlevant le drain qui ne fonctionnait pas et qui prouve

une température de 38°4. Elle redescend aussitôt à la normale. Ablation des fils le dixième jour. Guérison le vingt-cinquième jour. Le malade rentre chez lui.

Le malade est guéri. Le testicule droit est remonté, rien de suspect par le toucher rectal. Prostate un peu indurée comme elle l'était avant l'opération.

OBSERVATION VIII (Inédite)

Malade de trente-trois ans, entre le 22 mai 1909, salle Chassaignac à Lariboisière.

Le malade entre à l'hôpital parce que sa bourse droite est tuméfiée. Cette tuméfaction a débuté il y a un an environ. Il n'éprouva alors que quelques picotements mais pas de douleur.

Huit mois après le début de cette affection, un abcès se forma en bas et en arrière de la bourse droite. Il s'ouvrit spontanément laissant à sa suite une fistule persistante.

Actuellement la bourse droite est plus grosse que la gauche. La peau est saine partout sauf en bas et en arrière où l'on retrouve l'orifice fistulaire.

A la palpation on trouve un testicule gros et fluctuant. L'épididyme présente un noyau dur et irrégulier, de la grosseur d'une petite noix siégeant à la tête, on trouve un noyan plus petit à la queue. Le toucher rectal fait sentir une vésicule droite grosse, dure et bosselée.

Opération par M. Baudet. Position de Trendelenbourg.

Incision inguino-scrotale. — Elle part du milieu des bourses, suit le canal inguinal, se détourne un peu en dedans vers le muscle droit.

On pratique l'ablation de l'épididyme, on enlève du même coup le trajet fistuleux qui part de la queue de l'épididyme.

On ouvre le canal inguinal, et on libère le canal déférent des autres éléments du cordon. L'épididyme et le canal déférent est confié à l'aide qui tire très largement sur le déférent pour en faciliter la dissection.

On effondre le fascia transversalis. On lie les vaisseaux épigastriques, et repérant la face externe du péritoine pariétal, on le décolle du bassin et de la vessie. Déchiré en un point, on le forme aussitôt par deux points de suture au catgut. Un autre aide est placé à la droite de l'aide principal. Il maintiendra une large valve vaginale dans le fond du bassin, tout le temps de l'opération.

La dissection du déférent dans ses portions iliaque et pelvienne se fait très aisément en quelques secondes. Il suffit de sectionner avec des ciseaux les deux lames celluleuses qui se dessinent sur chacun de ses bords et de couper ces lames au ras du déférent ; le fond de la vésicule apparaît.

On sectionne longitudinalement la gaine vésiculaire sur la face antérieure de la vésicule. Une veine assez grosse se met à saigner. On place sur elle une pince de Kocher. Remarquons que l'on a eu tort de sectionner la gaine de la vésicule en long au lieu de le faire en travers, et surtout de faire cette section au bistouri et non à la sonde cannelée.

On énuclée assez facilement la vésicule de la loge et l'on sectionne avec des ciseaux courbes le col de la vésicule et la terminaison du déférent au ras de la prostate ; un peu de pus s'écoule dans le fond du bassin. Il est immédiatement tamponné.

On enlève la pince de Kocher placée sur les veines vésicu-

laires. On tamponne le fond du bassin et l'on met en même temps un drain.

On eut le tort de ne pas lier les veines vésiculaires car les jours suivants se produisit un suintement assez abondant qui nécessita plusieurs tamponnements successifs. Le malade est à peu près guéri. Il quittera dans une huitaine de jours l'hôpital. Les voies génitales ont été enlevées d'une seule pièce. Elles sont représentées :

1° *Par l'épididyme.* — Renflé à ses deux extrémités, moins gros vers son milieu. Le pôle inférieur, caséeux se continue par un trajet fistuleux très court qui aboutit à la peau réséquée en même temps que le trajet.

2° *Le canal déférent.* — Il ne présente aucun renflement le long de son trajet, mais à sa terminaison, il est volumineux, dur, et confondu avec le vésicule. Son contenu était purulent.

3° *La vésicule* est augmentée de volume et indurée. Elle contenait du pus. La masse, que l'on sentait par le toucher rectal était formée par la vésicule et l'extrémité du déférent confondues. C'est du reste ce qui arrive habituellement.

CONCLUSION

En résumé, et bien que la chirurgie des vésicules séminales et du canal déférent soit encore une chirurgie en état d'évolution, nous avons voulu montrer que la technique de la vésiculectomie par voie inguinale technique basée sur l'anatomié-topographie de la région, nous semble maintenant bien réglée, à la portée de tout chirurgien expérimenté et qui ne fera que donner d'excellents résultats au fur et à mesure que l'opération deviendra plus classique et plus répétée.

Malgré les accidents possibles et d'autant plus faciles à éviter qu'on aura la main plus exercée la mortalité deviendra nulle ou à peu près.

Il faudra donc choisir ses cas, peser et discuter les contre-indications opératoires comme nous avons essayé de le montrer dans ce travail.

La voie inguinale ou voie haute conviendra donc uniquement aux tuberculoses unilatérales avec les types de lésions que nous avons décrites au chapitre VI.

Il est bien entendu que les lésions bilatérales, les

tuberculoses suppurées et fistuleuses relèvent de la voie périnéale.

Nous concluons donc avec M. Marion en disant : « En opérant des cas qui en valent la peine on aura des résultats excellents et l'on prendra goût à une chirurgie qui, tout en restant exceptionnelle, mérite d'être pratiquée plus couramment, puisqu'elle a déjà des règles opératoires et des indications opératoires très précises.

Vu : le Président de la thèse
QUENU

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

Imp. de la Faculté de Médecine Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.

138

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE